

Infecciones parotídeas supuradas de distinto origen

Parotid abscesses of different origin.

RESUMEN

Los abscesos parotídeos son complicaciones raras de las parotiditis agudas. Los agentes patógenos más frecuentes asociados a infecciones agudas son el estreptococo, el estafilococo áureo y las bacterias anaerobias. Generalmente requieren tratamiento antibiótico intravenoso y drenaje quirúrgico.

Presentamos tres casos completamente diferentes en cuanto a etiología y forma de tratamiento.

El primer paciente sufrió una parotiditis recidivante abscesificada que respondió bien a drenajes repetidos bajo anestesia local. Nuestro segundo caso debutó como una parotiditis aguda. Los drenajes repetidos llevaron a la formación de una fístula, siendo necesaria la parotidectomía superficial. En este caso el origen del absceso fue un quiste parotídeo sobreinfectado. Nuestro tercer paciente presentó un absceso secundario a una infección amigdalar. El material purulento atravesó las fascias profundas del cuello hacia el espacio preestileo laterofaríngeo y la región parotídea a continuación.

PALABRAS CLAVE:

Abscesos parotídeos. Abscesos laterofaríngeos. Quistes parotídeos.

SUMMARY

Parotid abscesses are rare complications of acute suppurative parotitis. The most common pathogens associated with acute bacterial infection are *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* and anaerobic bacteria.

They usually require intravenous antibiotic therapy and surgical drainage.

We report three cases completely different in their etiology and treatment. The first one was a recurrent parotid abscess that recovered well with repeated surgical drainage under local anesthesia. Our second patient appeared as an acute parotitis, but repeated surgical drainage led to fistula formation, being necessary superficial parotidectomy. In this case the origin of the abscess was an infected parotid cyst. Our third patient presented with an abscess following a tonsillar infection. The purulent material spread through the fascial neck spaces towards the lateropharyngeal preestileo space and the parotid gland.

KEY WORDS:

Parotid abscess. Lateropharyngeal abscess. Parotid cysts.

Introducción

Poco se ha escrito sobre los abscesos parotídeos en los últimos años. Aunque las parotiditis agudas bacterianas son el estadio inicial, lo habitual es que respondan bien a la antibioterapia. En muy contadas ocasiones evolucionan hacia la formación de un absceso, siendo necesario su drenaje, pues de lo contrario pueden evolucionar hacia las temidas infecciones cervicales profundas¹.

Clásicamente se atribuían a una infección ascendente ductal por mala higiene oral, asociada a una reducción del flujo salivar con hipercrecimiento de la flora bacteriana. Otra causa podría ser una infección dental, o un problema obstructivo del conducto de Stenon. Aunque éstas son las causas más lógicas, son muchos los casos que no se pueden asociar a ninguna de ellas.

Presentamos 3 casos vistos en nuestro servicio en los últimos 5 años, cada uno de ellos con diferente origen y evolución.

Caso Clínico 1

Varón de 35 años, sin antecedentes de interés, con dolor y tumoración en región parotídea derecha y fiebre de 4-5 días de evolución. En la exploración apreciamos una tumoración retromandibular dcha, dura, dolorosa, con calor y enrojecimiento local. El conducto de Stenon era normal y a la presión glandular drenaba saliva limpia. La analítica era normal. Iniciamos tratamiento con amoxicilina-clavulánico, gentamicina y corticoides a pesar de lo cual aumentó el tamaño de la tumoración, por lo que realizamos una ecografía que mostró una colección de 3x2cm, de baja ecogenicidad y límites bien definidos compatible con un absceso. Bajo anestesia local drenamos la colección desapareciendo completamente el absceso.

Al cabo de 2 meses acudió de nuevo con la misma tumefacción parotídea derecha de un día de evolución, dolorosa, con enrojecimiento local y caliente.

La PAAF indicó un proceso subagudo inespecífico, y en el TAC se vió una lesión hipodensa en lóbulo inferior de

parótida dcha, de 2x1'5cm, con contenido líquido y realce parietal, en relación con absceso o quiste parotídeo. En glándula parótida izquierda se objetivaban 2 milimétricas litiasis en su porción inferior.

Bajo anestesia local drenamos la colección purulenta. En el cultivo creció una *Neisseria* spp.

Transcurridos 5 años el paciente no ha vuelto a presentar recidiva del absceso, ni ningún tipo de sintomatología relacionado con las litiasis de la parótida contralateral.

Caso Clínico 2

Mujer de 77 años, con tumoración en región parotídea izquierda de 10 días de evolución. A pesar del tratamiento antibiótico y antiinflamatorio refería un aumento de tamaño progresivo, sin relación con la ingesta, con dolor local y fiebre (38°C). En la exploración observamos una tumefacción muy dolorosa, con enrojecimiento local y fluctuación a nivel de parótida izquierda. Bajo anestesia local se drenó abundante colección purulenta (Fig.1). En los días posteriores continuó la supuración purulenta y después de contenido mucoide, disminuyendo de tamaño la tumoración, pero sin desaparecer totalmente.



Figura 1: Gran tumoración parotídea de la que se drenó colección purulenta.

La analítica mostró una leucocitosis (15000), con un 88% de neutrófilos, y una proteína C reactiva >90. El resto de los parámetros, glucosa, urea, creatinina e iones fueron normales. El cultivo de la secreción purulenta fue negativo.

Quince días más tarde acudió de nuevo con la tumoración que había ido progresivamente aumentando de tamaño, sin dolor ni signos inflamatorios locales. La proteína C era normal y tampoco había leucocitosis. Se drenó nuevamente pero obteniendo sólo un contenido mucoide espeso. Tomamos un nuevo cultivo, también negativo, y solicitamos una ecografía que mostró una colección de paredes bien definidas de 5x2 cm., sin signos de litiasis y sin dilatación del conducto de Stenon. Se vació esta vez completamente la tumoración remitiendo el contenido a Anatomía-patológica sin encontrar malignidad.

Diez días más tarde acudió de nuevo con la misma tumoración inicial fistulizada a piel (fig.2), por lo que se decidió realizar una parotidectomía superficial con conservación del nervio facial. Encontramos una tumoración quística multilocular con numerosas digitaciones muy adheridas al nervio facial siendo posible disecarlo excepto la rama mentoniana que no se pudo despegar de la tumoración. El informe anatomopatológico fue de quiste epitelial y sialadenitis crónica.



Figura 2: La misma tumoración parotídea, fistulizada a piel tras repetidos drenajes, con contenido mucoide.

Caso Clínico 3

Varón de 62 años, con antecedentes de brucelosis 30 años antes, que presentaba una amigdalitis pultácea y fiebre de 4 días de evolución, que había ido empeorando progresivamente a pesar de la antibioterapia con amoxicilina-clavulánico, apareciendo odinofagia y disfagia severas y trismus. Se había diagnosticado de absceso periamigdalino, realizando incisión bajo anestesia local sin obtener colección purulenta. En los días posteriores había notado la aparición de una tumoración a nivel parotídeo izquierdo.



Figura 3: Absceso laterofaríngeo izquierdo que protruye en vía aérea, de 33.3 mm.

En la exploración orofaríngea apreciamos una tumefacción importante con protrusión de hemivelelo de paladar izquierdo y pared laterofaríngea con edema de úvula. La parótida homolateral aparecía aumentada de tamaño, dura, con enrojecimiento y calor local.

La analítica mostró 27000 leucocitos, con 90% de neutrófilos. El resto de los parámetros hematológicos y bioquímicos eran normales.

En el TAC se vió una imagen hipodensa con realce en anillo, sugestiva de absceso, que se extendía por debajo de

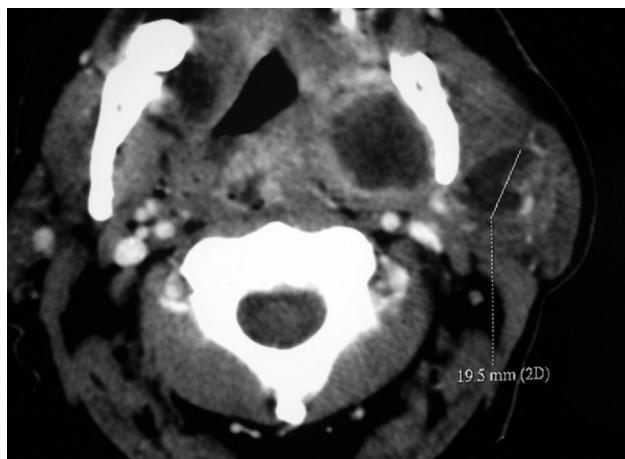


Figura 4: Absceso laterofaríngeo que rodea rama mandibular y afecta al espacio parotídeo, de 19.5 mm.

la apófisis pterigoides izquierda hasta la glándula submaxilar (6 cm de longitud, con un diámetro transversal de 3 cm y anteroposterior de 3.5 cm), protruyendo en la vía aérea. El absceso descendía por el espacio parafaríngeo izquierdo (Fig. 3), bordeando la rama mandibular por detrás y por debajo y afectando el espacio parotídeo (Fig. 4).

Bajo anestesia local se realizó incisión y drenaje de la colección vía oral, drenando abundante colección purulenta. Iniciamos tratamiento con fluidoterapia, amoxicilina clavulánico, metronidazol y gentamicina, mejorando la odinofagia, pero ante la persistencia de la tumoración parotídea fue necesario drenar ésta por vía externa obteniendo también abundante colección purulenta.

En el cultivo del absceso crecieron un *Streptococcus anginosus* y una *cándida*. El paciente evolucionó favorablemente siendo dado de alta a los 9 días del ingreso.

Discusión

En condiciones normales la saliva es estéril en los acinis y conductos eferentes glandulares. La infección del parénquima salivar podría ser ascendente, de origen bucal, hematogena bacteriana, o bien ser el resultado de la extensión de una infección de vecindad: artritis temporomandibular, osteítis mandibular, adenitis parotídea, etc

Entre los factores favorecedores encontramos la obstrucción ductal, la hiposialia, producida por algunos medicamentos o por deshidratación y la inmunodepresión propia de las personas de edad avanzada.

Nuestros pacientes son 3 abscesos parotídeos de distinto origen y forma de presentación. El primero de ellos, en una persona joven, podría atribuirse a una hiposialia o a mal estado de la cavidad oral, que permitiría la llegada de los gérmenes a la glándula por vía ductal. Resulta curioso que presentara un absceso recidivante derecho, cuando tenía 2 litiasis izquierdas que nunca le han dado problemas, probablemente por ser intraparenquimatosas y estar alejadas del conducto principal. En la literatura también se han descrito abscesos recidivantes, pero asociados a síndrome de Sjogren², o a fístulas del primer arco branquial³.

El segundo caso debutó como una parotiditis aguda, con dolor local, tumoración y signos inflamatorios locales, que fueron progresando en unos días. Sin embargo, se trataba de un quiste intraparotídeo sobreinfectado. Posiblemente su evolución era larga.

Dados los hallazgos quirúrgicos de un gran quiste multilocular con muchas digitaciones ocupando prácticamente toda la glándula, aunque la paciente lo desconocía pues refería su aparición brusca 10 días antes. Una vez desapa-

recida la sobreinfección, gracias al tratamiento antibiótico, el quiste se llenaba de contenido mucoide continuamente por lo que fue necesario realizar una parotidectomía.

El paciente nº 3 se inició con una infección amigdalara que se complicó al acumularse la colección purulenta en la región laterofaríngea preestílea, para posteriormente extenderse a la región parotídea. Es una situación grave pues puede complicarse si se sigue extendiendo la infección por los espacios virtuales que delimitan las fascias profundas del cuello hacia la región retroestílea y cervical⁴.

La clínica consiste en fiebre, dolor parotídeo otálgico exacerbado por la masticación y en ocasiones trismus. Al explorar vemos una tumefacción parotídea bajo una piel eritematosa o violácea adherida a los planos profundos. El conducto de Stenon puede aparecer enrojecido dejando salir una saliva mucopurulenta. En raros casos puede existir una parálisis facial⁵.

Los gérmenes más comúnmente implicados son el estreptococo y el estafilococo. En menor grado se han hallado bacteroides, micrococos, etc...⁶

En el diagnóstico es conveniente realizar un TAC, para conocer la extensión del absceso y plantear la actitud terapéutica.

La evolución de estos abscesos con una antibioterapia adecuada es hacia la curación, pero ante una inmunidad deficiente o una mayor virulencia del germen podemos encontrarnos con mediastinitis, sepsis, rotura de los grandes vasos del cuello, etc.

El tratamiento preventivo consiste en suprimir las causas de infección bucal (cuidados dentarios) y mantener una buena hidratación para favorecer una buena secreción salivar.

La antibioterapia es realmente eficaz⁷. La utilización de penicilina cubre a la mayoría de los gérmenes, pero el incremento de anaerobios hace necesario incorporar la clindamicina, el metronidazol o la gentamicina. Cuando aparecen signos de supuración se impone el drenaje. Algunos autores proponen la aspiración mediante aguja guiada con TAC o ecografía. Nosotros preferimos una pequeña incisión horizontal estrictamente cutánea seguida de una dislaceración subcutánea cuidadosa para no poner en riesgo al nervio facial. En casos de extensión hacia los espacios cervicales profundos es necesaria una cirugía abierta con cervicotomía lateral⁸. En general se acepta que el drenaje quirúrgico no lleva a la formación de fístulas⁹, pero nuestra segunda paciente sí presentó una fístula mucoide tras los repetidos drenajes. Nosotros consideramos que no se trataba de una parotiditis aguda, sino de la sobreinfección de un quiste previo, con la continua repleción de la cavidad quística, lo que hizo necesaria la parotidectomía.

Bibliografía

1. Marioni G, Bottin R, Tregnani A, Boninsegna M, Staffieri A. Craniocervical necrotizing fasciitis secondary to parotid gland abscess. *Acta Otolaryngol.* 2003 Aug;123(6):737-40.
2. Geyer M, Kulamarva G, Davis A. Wegener's granulomatosis presenting with an abscess in the parotid gland: a case report. *J Med Case Reports.* 2009; 3:19.
3. Saarinen RT, Kolho KL, Pitkaranta A. Cases presenting as parotid abscesses in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007;71(6):897-901.
4. Lahoz Zamarró MT, Valero Ruiz FJ, Royo López J, Camara Jimenez F. Abscesos perifaríngeos. A propósito de dos casos. *Acta Otorrinolaring Esp.* 1989;40(5):395-398.
5. Kristensen R, Hahn. Facial nerve palsy caused by parotid gland abscess. *J Laryngol Otol.* 2012;126(3):322-4.
6. Brook I. The bacteriology of salivary gland infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2009;21(3):269-74.
7. Regueiro Villarín S, Vázquez Barro J, Herránz González, Infecciones cervicales profundas: etiología, bacteriología y terapéutica. *Acta Otorrinolaring Esp.* 2006; 57:324-328.
8. Barroso Braojos G, Raboso García E, Martínez Sanmillan J, Martínez Vidal A. Absceso periamigdalino con extensión parotídea y perifaríngea. A propósito de un caso. *Acta Otorrinolaring Esp.* 2000;51(8):737-739.
9. Ganesh R, Leese T. Parotid abscess in Singapore. *Singapore Med J.* 2005;46(10):553.

Correspondencia

Dra. M^a Teresa Lahoz Zamarró
Argentina nº1, 2ºJ.
44002-Teruel.
E-mail: mtlahoz@hotmail.com